



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Harap kembalikan sebelum _____ untuk _____

Nomor Klien:

Bahasa:

Program:

Untuk tetap memenuhi syarat memperoleh bantuan, Anda diharapkan untuk berupaya untuk mengurangi kebutuhan Anda memperoleh bantuan dengan berpartisipasi dalam _____.

Ketidakmampuan Anda untuk melakukan hal itu akan mengakibatkan penghentian Bantuan Publik hingga Anda mengajukan permohonan kembali dan setuju bekerja sama. Pada saat mengajukan permohonan kembali, Anda juga harus tunduk pada jangka waktu tidak memenuhi syarat berdasarkan ketidakmampuan Anda bekerja sama menurut saran perawatan/layanan yang tersedia.

Harap minta penyedia perawatan/layanan Anda untuk mengisi formulir ini. Anda bertanggung jawab untuk memastikan bahwa formulir ini dikembalikan kepada saya sebelum tanggal 5 bulan berikutnya.

Dikembalikan kepada:

Telepon:

Faks:

Penyedia Anda harus mengisi bagian di bawah.

_____ telah menjalani perawatan/layanan pada tanggal berikut:

Apakah partisipasi klien ini memuaskan Anda? Ya Tidak

KOMENTAR:

TANDA TANGAN TANGGAL

GELAR NOMOR TELEPON

AGEN

ALAMAT